

# Family Medicine's academic contributions

## Family Medicine Research Days, İzmir, Turkey

**Aile Hekimliğinin akademik katkısı**  
Aile Hekimliği Araştırma Günleri, İzmir, Türkiye

Tom Freeman<sup>1</sup>

### Summary

In this paper which is mainly based on my speech in the Family Medicine Research Days, İzmir, Turkey, in November, 2012, I have tried to place family medicine in the wider landscape of academic medicine and provide some sense of how it has grown in its own right as an academic discipline with unique contributions to provide. In order to understand the unique contributions of Family Medicine, I have first explained two concepts that will help to build a framework to understand where we fit into the larger academy of medicine. Following that I have presented some further details of the specific contributions of academic Family Medicine and concluded with what I see as some key challenges ahead. As an academic discipline, it has established a firm foundation over the past 40 years.

**Key words:** Family practice, holistic medicine, research priorities.

### Özet

Esas olarak Kasım 2012'de İzmir, Türkiye'de gerçekleştirilen Aile Hekimliği Araştırma Günleri'nde yaptığım konuşmamın yer aldığı bu yazıda, aile hekimliğinin genel akademik tıp içindeki yerini saptamaya ve sağladığı akademik katkılar ile özünde akademik bir disiplin olarak nasıl geliştiği hakkında bir parça bilinç oluşturmaya çalıştım. Aile hekimliğinin kendine özgü katkısını anlayabilmek amacı ile önce genel akademik tıp içinde nerede yer aldığımızı anlamamız yolunda bir çerçeve oluşturacak iki temel kavramı açıkladım. Bunun ardından aile hekimliğinin özgün akademik katkılarının ayrıntılarını sundum ve bizi beklediğini düşündüğüm bazı zorluklardan söz ettim. Aile hekimliği, akademik bir disiplin olarak, geride bıraktığımız 40 yılda sağlam temeller inşa etmiştir.

**Anahtar sözcükler:** Aile hekimliği, bütüncül tıp, araştırma öncelikleri.

I begin by expressing my thanks to the organizers of this conference, and particularly Dr. Guldal, for inviting me to address this assembly. I look forward to learning more about Family Medicine here in Turkey and enjoying your wonderful country. It is thrilling to be so close to Pergamon, the home of Galen, perhaps the greatest of Hippocratic physicians of antiquity. I bring you greetings from my home Department of Family Medicine at Western University in London, Ontario, Canada.

I take as my point of departure or beginning, the recognition that family medicine, as an academic discipline has existed for almost 50 years in some countries. It is appropriate to ask then, how successful has it been in establishing an academic or research base? What has family medicine contributed to academic medicine in general?

The organization of this talk will be as follows:

- Two major views of human illness
- How paradigms change

- How academic family medicine began
- The evolution of the academic base of family medicine
- Challenges to academic family medicine

In order to understand the unique contributions of Family Medicine, I am going to present to you two concepts that will help to build a framework to understand where we fit into the larger academy of medicine. Following that I will present some further details of the specific contributions of academic FM and conclude with what I see as some key challenges ahead.

The first landmark concept is that it is important to distinguish between two great world views or cosmologies in medicine that have their roots in antiquity. I recognize that there is a danger of oversimplification. Keeping that warning in mind however, bear with me.

On the one hand we have what is known as the Hippocratic or physiological or environmentalist view of

<sup>1</sup> Family Medicine, Schulich School of Medicine and Dentistry Western University, London, Ontario, Canada

human illness and disease that holds that illnesses arise out of an imbalance between the organism and its environment; they occur when the organism's ability to adapt to the changing environmental pressures are exceeded and, as the organism tries to adjust, symptoms arise and physiological and psychological systems try to compensate. Our ability to adapt is linked of course to our genetic make-up, nutrition, psychological make-up, social supports and so forth. We can remain in balance for greater or lesser periods of time depending on the challenges in our physical and psychological environment, but as Renee Dubos argues, 'health is a mirage'. This idea is one that can be extended to include the social environment as well which can act to aid our adaptation or tip it over the edge into illness. An example that I often see in my clinical practice is the elderly couple who together have learned to compensate for each other's disabilities. Perhaps one partner has declining physical health but remains cognitively intact and the other is showing signs of cognitive decline but continued physical health. Together the couple is in balance within a limited scope, but we all know that eventually something will occur to throw it out of balance. Sometimes it can be a very minor event, but it proves just enough to exceed the ability of the couple to adapt and it is no longer possible for them to remain in their own home and they must seek another more supportive living environment.

In the environmental or Hippocratic approach, the goal of treatment is to restore balance in the physical, psychological and social areas. Treatment takes the form of a regimen and is modified as the course of the illness progresses. This approach is captured nicely in this quotation from Hippocrates advising physicians entering a new city: "to consider its situation, how it lies as to the winds and the rising of the sun...whether it is naked and deficient in water, or wooded and well watered, and whether it lies in a hollow, confined situation, or is elevated and cold; and the mode in which he inhabitants live, and what are their pursuits, whether they are fond of drinking and eating to excess, and given to indolence, or are fond of exercise and labor and not given to excess in eating and drinking."<sup>[1]</sup>

On the other hand is what is called the biomedical or structuralist view point which sees disease or illness as something from outside the organism that is inflicted upon it resulting in a change in its structure or function. Diseases are independent entities in nature. In the standard clinical method, we seek to categorize patients with a disease label. This point of view is reflected often in our language in medicine when we speak of diseases as if they have an existence of their own...as if they could somehow exist separately from the person they afflict. We call this 'reification of disease' and it has a number of consequences

**Table 1.** Differences between the Hippocratic and Biomedical schools of thought\*

Hippocratic	Biomedical
Organisms and illnesses	Organs and diseases
Individual description	Classification
Concrete	Abstract
High-context	Low-context
Holistic	Reductive
Regimen	Specific remedy
Prognosis	Diagnosis

\*Adapted from Textbook of Family Medicine. 3rd ed, McWhinney IR, Freeman T, 2009.

to our approach to therapeutics. We talk about 'managing' diseases as if they are something that can be manipulated. We seek a specific medicine or surgery to remove the disease and cure the patient. For the remainder of this presentation I am going to refer to this point of view as biomedicine since that is the name by which it has become known in our time (Table 1).

It is, of course, an oversimplification to say that these world views are completely distinct and separable in the real world. In the real clinical world we use both of them at different times. It is true, however, that at any given historical time, one of these cosmologies is the dominant one and the other takes a back seat.

The Hippocratic one was the dominant one, in fact, for most of recorded history. You will recognize it in such phrases as 'starve a cold; feed a fever' and in the longstanding tradition of bloodletting to reduce bodily heat. The ancient practice of altering one's diet to balance the four humors is part of this tradition. The environmentalist-adaptive or Hippocratic approach re-emerged in the 20th century in the field of public health and health promotion. It wasn't until well after the scientific revolution of the 17th century that it was challenged and indeed, in North America it was not until the early 20th century with the reforms led by Abraham Flexner<sup>[2]</sup> and William Osler<sup>[3]</sup> that things began to tilt toward the biomedical approach. This latter approach has been greatly strengthened by the successes of science and the emergence of new technologies and was the undisputed dominant world view of medicine in the 20th century.

So, the first concept is the two world views in medicine. The second concept on which to build a framework is Thomas Kuhn's idea around paradigms and paradigm changes. Now I will not go into his important writings in great detail, but wish to point out that his book *The Structure of Scientific Revolutions*,<sup>[4]</sup> published in 1962 is recognized as one of the most influential books on the history of science ever written. It goes without saying

that the very word paradigm, though not originating with Kuhn, became a common part of our language after the publication of this book. In the Kuhnian sense, a paradigm in science defines what is to be observed, the kinds of questions that are supposed to be asked, how these questions are to be structured and finally, how the results of scientific investigations should be interpreted. In the absence of a paradigm, all observations are equally important and it is impossible to move forward or to even define direction. Once a dominant paradigm is established it is possible for scientists to engage in what he called 'normal science' in which it is possible to make progress to a greater understanding of that portion of the universe in which the scientist is engaged.

One of the paradoxes of well defined paradigms is that anomalies occur and, over time, accumulate. Anomalies are occurrences that don't fit or can't be explained within the paradigm. I'm sure you can think of many clinical issues that you've faced that don't fit into the dominant paradigm of biomedicine and I will come back to some of them later.

There are a number of possible responses to anomalies:

- a) they can be ignored completely;
- b) they can be incorporated into a suitably revised paradigm.

This may take some time and involve technological or methodological innovations. This in fact, helps justify ignoring them to begin with, with the expectation that they can be dealt with later. However, over time anomalies become difficult to avoid and there occurs greater dissatisfaction with the prevailing paradigm. As this occurs, it is common to see the practitioners in a field return to consideration of the basic assumptions inherent in their paradigm and there occurs a literature that is more philosophical in nature. Other signs of impending paradigm change are the proliferation of competing paradigms that, to a greater or lesser extent, attempt to explain the anomalies. There can be a long period of change during which things take on the appearances similar to the pre-paradigm stage with no clear consensus about how to proceed. Eventually a new paradigm takes hold, usually introduced by someone completely new to the field or from outside the field altogether. There occurs a complete shift to the new paradigm that almost overnight becomes the dominant world view for that field and which will define a new period of 'normal science', this time with questions and methods defined in a completely new way.

Now let's combine these two concepts, the idea of Kuhnian revolutions and that of the two contrasting cosmologies of medicine to see where family medicine fits.

As I mentioned, in North America the medical reforms of Flexner and the tremendously influential work of

William Osler launched an era in which the biomedical view has dominated the medical landscape. It is important to recognize that one of the reasons for the great success of biomedicine was that it proved to be dramatically effective against infectious diseases which dominated the medical landscape of that time. The truly remarkable advances in technology and pharmacology have revolutionized medical care. Like all revolutions it incited great enthusiasm. George Engel, the founder of the biopsychosocial framework in the 1960's was quoted as saying: "the basic premise of today's scientific medicine...is that the 'book of man' [sic] is written in the language of the biological sciences, ultimately molecular genetics and biochemistry."<sup>[5]</sup> The Center for Molecular and Genetic Medicine at Stanford is quoted as saying: "the 'new medicine' is based on the present belief that almost all human diseases are, in some way, genetically determined, and that given precise understanding of structure, organization and the regulatory processes of genes many diseases can be prevented or cured".<sup>[5]</sup>

Despite the enormous successes of biomedicine, and just as described by Kuhn, anomalies within the biomedical model began to accumulate. Problems that biomedicine could not explain or deal with arose. For example, inherent in the conceptual and organizational structure of biomedicine and consistent with Western philosophy since Descartes is the separation of the mind and the body. Given the foregoing statements it is clear that biomedicine deals principally with the body. The mind is left to, what is at times a peripheral branch of medicine called psychiatry. Despite this, as long ago as 1983 it was possible to cite over 1300 studies showing the influence of mental/emotional states on pathogenic changes. These represented a direct refutation of the separation of mind and body and were glaring examples of anomalies to the dominant biomedicine paradigm.

The placebo response is another major anomaly and a good example of one way in which a paradigm can deal with phenomena that 'don't fit'. It has not proved possible to explain the placebo response within the biomedical paradigm, so it is set aside and controlled for in experiments. Direct studies to deepen our understanding of this have been late in getting started and not well funded. The placebo effect varies between 10 and 90%.<sup>[6]</sup> We now know that the placebo response is not only found in subjective responses such as anxiety and pain, but also in measurable physiological processes. In a powerful recent example of this, patients with end stage coronary disease were randomly assigned to receive angiogenesis and laser myocardial revascularization therapy or placebo without laser. Those in the placebo arm showed improvement in mean angina class, exercise treadmill time and quality of life and these improvements were maintained at the two year follow-up.<sup>[7]</sup>

Further, recent evidence indicates that most of the newer antidepressants are barely better than placebo.<sup>[8]</sup> It is indeed an anomaly of biomedicine that we don't spend as much time and effort learning to understand and perfect the placebo response, but, rather treat it as something to be controlled.

Family practice has perhaps been more likely to see the flaws in the biomedical paradigm because we see patients in the early stages of illness and our commitment is ongoing. Once a specialist has dealt with that portion of a patient's problem within his/her expertise, they are finished with them and no longer see them on their list of patients. For family physicians, we continue to care for those patients with conditions such as fibromyalgia and chronic fatigue syndrome and myriad other ailments for which the biomedical model offers no relief.

As described by Kuhn we see that as questions and anomalies arose and the limitations of biomedicine became more apparent, there occurred an increase in the literature around philosophy and ethics. Recall that Kuhn said that as anomalies arise and people begin to question the dominant paradigm, there is tendency to look at the fundamental assumptions and beliefs of the paradigm.

Beginning with 3 journals in the 1970s and expanding by 3 more journals in the 1980s, 5 more in the 1990s and 3 in the 2000's, journals devoted to philosophy and ethics in medicine and health care began to be published. This is evidence that there was a turning inward by medicine and a questioning of basic assumptions (Table 2).

Not only did the profession begin to reconsider its basic assumptions, the public, frustrated with some of the shortcomings of mainstream medicine, increasingly turned to what has become known as alternative medicine. This has been a phenomenon found in both developing and developed countries. In the U.S. a national survey found that 1/3 of respondents had used at least one unconventional or alternative therapy over a 12 month period.<sup>[9]</sup>

It shouldn't be supposed however, that mainstream biomedicine was ready to yield to or even acknowledge these controversies. In a 1985 editorial, the NEJM wrote: "It is time to acknowledge that our belief in disease as a direct reflection of mental state is largely folklore." In general, biomedicine proceeded as if there were no such controversy.<sup>[5]</sup>

In the midst of these symptoms of increasing questioning and recognition of the shortcomings of biomedicine, a new discipline in medicine arose, born in part in response to societal pressures for more accessible and personal care. I will not get into here whether family

**Table 2.** Journals of medicine, philosophy and ethics and their initial year of publication

Journal of Medical Ethics	1975
Journal of Medicine and Philosophy	1976
Studies in Philosophy of Medicine	1977
Theoretical Medicine	1983
Journal of Medical Humanities	1989
HEC Forum (Healthcare Ethics)	1989
Kennedy Institute of Medical Ethics	1991
Cambridge Quarterly of Healthcare ethics	1992
Journal of Law and Medical Ethics	1993
Medicine, Healthcare and Philosophy	1998
Theoretical Medicine and Bioethics	1998
BMC Medical Ethics	2000
American Journal of Bioethics	2001
Philosophy, Ethics Humanities In Medicine	2006

medicine represented a rebirth of an old discipline called general practice or was something new altogether. The name itself signaled a departure as it reflected the influence of the social sciences on medical thinking and emphasized the importance of context, including the family, on health and illness.

In Canada, departments of family medicine began to be established in medical schools beginning with Western University, McMaster and Calgary in 1968 and by 1976 there were 16 such departments across the country. One of the most prolific and celebrated thinkers in family medicine, Dr. Ian McWhinney arrived in Canada to become the first Chair in Family Medicine in Canada. His numerous publications have become the mainstay of many academic departments of family medicine around the world and were essential to the founding of family medicine as an academic discipline. With the background that I've described, let's look at what academic family medicine has contributed to academic medicine in general. To begin:

McWhinney identified 4 characteristics of any discipline (Table 3).<sup>[10]</sup>

**Table 3.** Four characteristics of any discipline identified by McWhinney

1. Unique field of action
2. A defined body of knowledge
3. An active area of research
4. A training which is intellectually rigorous

Our field of action is in the community and it is partly because of the proximity of our practices to where our patients live and work that family medicine saw the importance of context to diagnosis and therapeutics. The relevance of the social sciences to medicine and the incorporation of some of the thinking there was one of the unique characteristics of family medicine in its early years. Our relationship with patients is unique as our commitment to them is often prior to any medical problems; it is comprehensive in scope and longitudinal in time. It is this relationship that lies at the root of what makes family medicine unique. Other disciplines in medicine are defined by their focus on systems (e.g. cardiology, endocrinology), particular therapeutic approaches (e.g. surgery). Only family medicine defines itself by the physician's relationship to the patient. A survey carried out by the Centre for Studies in Family Medicine in 2004, of family physicians and specialists in our region asked questions about the reasons these practitioners chose to live in their present practice community and, also, what kept them there. The commonest reason for FPs to locate in a particular community varied depending on whether they were in rural communities, larger urban sites or in a city with an Academic Health Science Center. Prominent among the reasons were closeness to family, growing up in the area and, finally, opportunities for a full range of practice. In contrast, for specialists, the most common reasons for locating their practices where they did were opportunities for full range of practice, the presence of supportive and skilled medical colleagues and workload. When asked what kept them in the community in which they practiced...and here is the key point..., family physicians most commonly identified their relationship with patients as

the reason, whereas specialists identified most commonly the relationship with colleagues. The picture that emerges here confirms the commitment of FPs to their patients, but one cannot get around the impression that these FPs were, by their upbringing and the high value placed on family, a different kind of practitioner than specialists. By their personal history and natural inclination, they are more embedded in their community.

Turning now to the second and third items in McWhinney's characteristics of a discipline, how well has FM done in articulating a defined body of knowledge and active area of research? Consistent with the needs of an academic discipline, FM has developed its own literature that has helped to define its knowledge base. Such literature, whether consisting of peer reviewed papers or textbooks involves both a discussion internal to the discipline and elements of an external discussion with others in the larger field of medicine. For this section of this presentation, I want to acknowledge and thank Lynn Dunikowski of the College of Family Physicians Library for her invaluable assistance and support in developing this information. What I shall present is a pilot study that we are in midst of expanding upon.

Beginning as early as 1955 there arose a small number of journals devoted to family medicine coinciding with the founding of colleges of family practice. There then occurred a steady increase in the 1970s as academic departments became more established. There have been a total of 22 English language journals devoted specifically to family medicine with 19 remaining in publication (Figures 1 and 2). There are many other family medicine journals, in languages other than English, such as here in

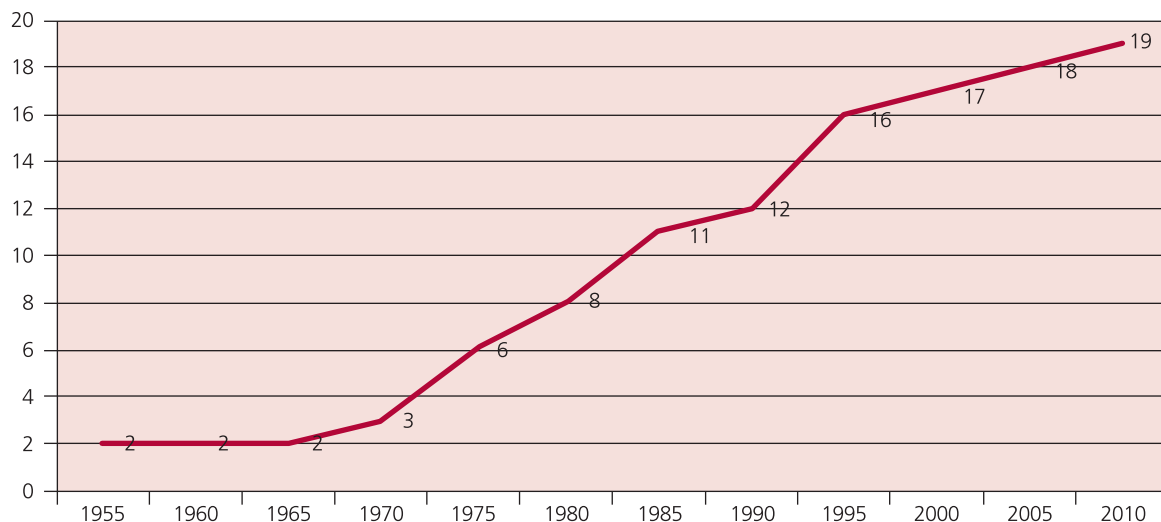
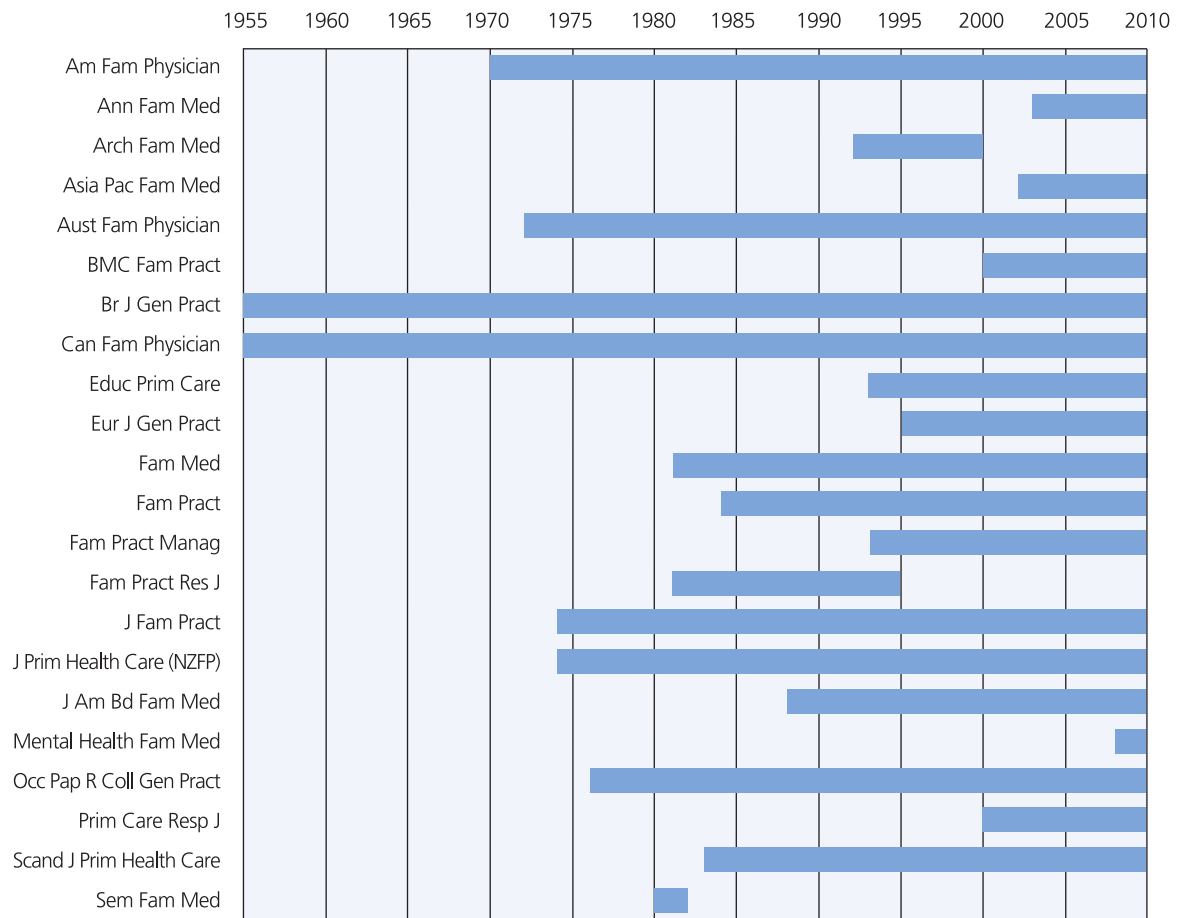


Figure 1. Number of family medicine journals by year.



**Figure 2.** Family medicine journals publication timeline.

Turkey. The impact factor of these journals varies between 0.5 and 4.5. These scores are in the range of impact factor scores of all general medical journals, shown on [Figure 3](#) by the heavy red line.

Textbooks typically help to define a field of activity and given that they tend to be a distillation or summary of knowledge it is to be expected that there would be a time lag in the increase in number of textbooks when compared to published literature and this is apparent for textbooks in family medicine/family practice/primary care ([Figure 4](#)).

Let's examine a little of what the literature in family medicine tells us about what has preoccupied the discipline. In a review of the family medicine literature between 1980 and 1985, Culpepper and Becker<sup>[1]</sup> reported roughly 4 areas of research interest. These were the early days of FM research.

Themes of family medicine research, 1980-85 were:

1. The care of families and their problems
2. Theoretical frameworks in family health

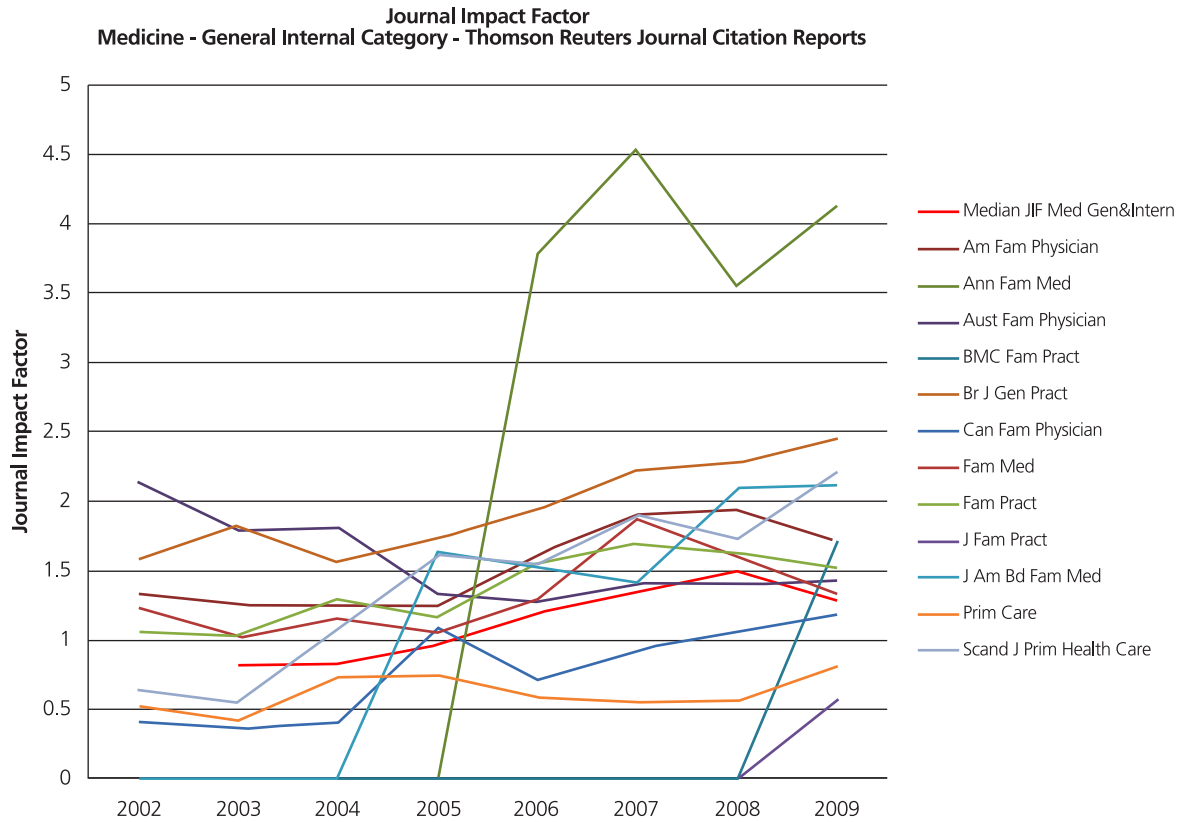
3. Methods work to study families and their effects on health
4. Original research in family and health

These are quite appropriate and understandable topics for a new discipline in the midst of defining itself.

To look at what currently occupies our interests in research and scholarship we examined the top 12 English language journals in family medicine and the 5 most frequently cited articles in each of them over the decade 2000-2010. I then categorized these papers using a card sort method and derived the following themes. So, just to be clear, these represent the dominant themes in family medicine journals as measured by the number of times that articles were cited.

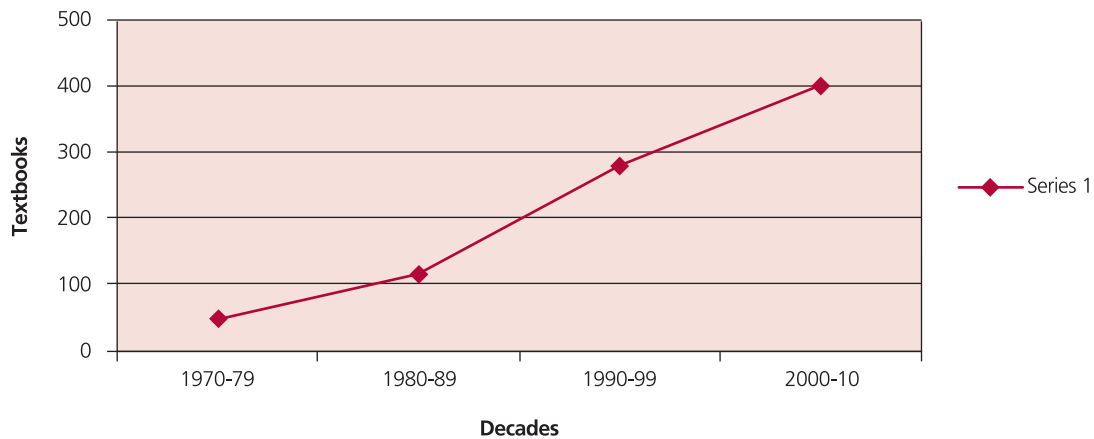
Themes of family medicine research, 2000-2010 were:

1. Clinical issues: by far the greatest number of commonly cited papers in FM literature fall into this category. They can be subdivided into the following:



**Figure 3.** Journal impact factors.

- Specific diseases and their complications (e.g. Obesity: assessment and management in primary care. Lyznicki JM et al 2001 Am Fam Phys 63(11):2185-96, cited 98 times)
- Therapies; (e.g. Are pneumococcal polysaccharide vaccines effective? Meta-analysis of the prospective trials. Moore, RA et al 2000 BMC Family Practice 1, art.no.1:1-10, cited 85 times)
- Counseling and its role in approach to the patient (e.g. Does counseling help patients get active? Systematic review of the literature. Petrella RJ, Lattanzio CN 2002 Can Fam Phys 48 (Jan):72-80, cited 43 times)
- The use of questionnaires to help direct practice (e.g. Screening properties of questionnaires and laboratory tests for the detection of alcohol abuse)



**Figure 4.** Textbooks in family medicine/family practice/primary care.

or dependence in a general practice population. Aertgeerts B et al 2001 *Br J Gen Pract* 51 (464):206-210, cited 86 times)

2. Epidemiology in family practice (e.g. The community prevalence of chronic pelvic pain in women and associated illness behavior. Zondervan KT et al 2001 *Br J Gen Pract* 51(468):541-47, cited 76 times)
3. Patient experiences (e.g. Barriers to help seeking in people with urinary symptoms. Shaw C et al 2001 *Family Practice* 18(1):48-52, cited 87 times)
4. Research methods (e.g. Understanding interobserver agreement: The kappa statistic. Viera AJ, Garrett JM 2005 *Family Medicine* 37(5):360-63, cited 162 times)
5. Physician issues (e.g. Influences on GPs' decision to prescribe new drugs - The importance of who says what. Prosser H et al 2003 *Family Practice* 20(1):61-8, cited 103 times)
6. Conceptual (e.g. Mind-body medicine: State of the science, implications for practice. Astin JA et al 2003 *J Am B Fam Pract* 16 (2):131-47, cited 130 times)

The three most commonly cited articles in the FM literature in the past 10 years were:

1. The impact of patient centered care on outcomes. Stewart MA et al 2000 *J Fam Pract* 49(9):796-804, cited 385 times
2. The Future of Family Medicine: A collaborative project of the Family Medicine Community. Martin JC et al 2004 *Ann Fam Med* 2 (Suppl. 1):S3-S32, cited 313 times
3. Motivational interviewing: A systematic review and meta-analysis. Rubak S et al 2005 *55 (513):305-312*, cited 188 times.

So, this helps define what we as a discipline have been talking about within our own journals and find important enough to be citing. This is part of what I have called our internal discussion. What then has been the impact of academic FM on medicine in general, the external discussion? It is harder to generate any data or information on this, but I would argue for the following areas:

1. The importance of considering context in the approach to patients beginning with proximal context such as family, and occupation and distal context such as neighborhood, and environment. Many disciplines outside of medicine are recognizing the importance of context as well. The discipline of family medicine comes closest of any discipline to merging or bridging the divide between the environmental-adaptive approach and the structuralist approach.
2. The importance of the subjective. Here I am referring to taking into account patient's own experiences of ill health. There has evolved a rich literature in print and

in blogs of illness narratives that help inform clinicians about their patients' experiences.

3. Emphasis on the humanities in medicine. Of course FM is not alone in this, but typically our departments have contributed greatly to raising the issue of a more humane approach to medical care to balance off what is an increasingly technological, instrumental approach to health care.
4. Attention to marginalized populations brought about, in part, because we practice in the community setting and are as a result more aware of these unmet needs. Family medicine faculties are often leaders in establishing and maintaining standards of equity in the university and wider community.
5. We talk, though not loudly enough, of healing, something that is largely alien within Academic Health Science Centers where curing is most often the utopian goal.
6. Related to this is a characteristic of all truly accomplished physicians that sometimes is called clinical wisdom. It is a trait that family physicians are uniquely positioned to perfect. Robertson Davies, a Canadian novelist and playwright refers to this as: "that breadth of spirit which makes the difference between the first rate healer and the capable technician."<sup>[12]</sup> The philosopher, Stephen Toulmin cautions: "Many of those who practice the clinical arts may set out to maintain the kind of spirit that Davies calls Wisdom, but the narrower their viewpoint and the more academic their preoccupations, the less likely they are to succeed."<sup>[13]</sup>
7. Finally, in the list of family medicine's contributions to the academy, is the patient centered clinical method which represents a significant departure from the standard clinical method. The Patient Centered Clinical Method<sup>[14]</sup> has been clearly defined and research carried out to understand it better. It has been shown that it improves health outcomes and that it can be taught. It is widely endorsed and embraced even outside FM, though frequently not well understood.

I have tried to place the emergence of FM as an academic discipline within the broader field of medicine and to examine the nature of our internal and external discussion. I want to turn now to what I see as the key challenges for FM's future academic development.

1. First and foremost I believe that we in academic departments of family medicine need to devote more time to scholarly activities. In the Canadian National Physician Workforce Survey of 2010,<sup>[15]</sup> FP respondents reported that they spent 1.11 hours/week in teaching and education and only 0.68 hours/week in research. In contrast, specialists reported 2.20 and 2.53



hours/week in these activities respectively, a 2-3 fold difference. The reasons for this are certainly complex, but explain the frequently observed inability of medical students to view family medicine as academically challenging. This must change.

2. We must continue to deepen our intellectual base by furthering the development of academic post-residency programs and fellowships in research. The Masters in Clinical Science in FM at Western University has graduated 86 family physicians who have taken leadership positions such as Deans of Medicine, Department Chairs, curriculum developers etc. A recently launched PhD program has attracted a great deal of interest and graduated its first student this fall. Many countries outside of North America have doctoral programs in family medicine. These programs and the graduates from them are the chief way in which we can influence the greater field of medicine.
3. No academic development in FM can take place apart from the clinical base. We must strengthen and maintain connections between clinicians and researchers. This closeness also means that further academic development will be closely intertwined with changes occurring in the practice of FM. Team based care, is becoming increasingly common and has significant implications for how family practice is carried out.
4. We must take into account the ramifications of the 'information explosion' and digitization of information. Computer scientist Herbert Spencer tells us that as information increases, attention falls. Since the 1960's the ability to manipulate data and information has increased by 10M times. This means that our attention relative to the amount of information has grown increasingly scarce.<sup>[16]</sup> If knowledge is taken to be the product of information and attention, one effect of the information explosion has been that knowledge has changed from something that is stored like stock in a factory (e.g. in books) to a flow (e.g. Wikipedia). This environment resists attempts to appreciate what is deep and nuanced in favor of what is fast and focused. As a discipline we need to examine what this means for the framework used in the clinical encounter. In research, the 'just in time' approach to knowledge serves to narrow our field of vision and reduces the chance of serendipitous discoveries. What is eroded is the deep, integrative mode of knowledge, precisely the kind of activity in which a fully engaged family physician is best.

In conclusion, I have tried to place FM in the wider landscape of academic medicine and provide some sense of how it has grown in its own right as an academic discipline with unique contributions to provide. As an academic discipline, it has established a firm foundation over the past 40 years.

## References

1. Reiser SJ. Technological medicine: the changing world of doctors and patients. Cambridge: Cambridge University Press; 2009. p. 131.
2. Flexner A. Medical education in the United States and Canada: a report to the Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching. Bulletin No. 4., New York City: The Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching. Bulletin number Four (1910)
3. Osler W. The principles and practice of medicine: designed for the use of practitioners and students in medicine. New York: D. Appleton and Company; 1892.
4. Kuhn T. The structure of scientific revolutions. International Encyclopedia of Unified Science. Vol. 2, Number 2. Chicago: The University of Chicago Press; 1962.
5. Ross L. The challenge to biomedicine. *J Med Philos* 1989;14:165-91.
6. Moerman DE. Placebo effects in the treatment of ulcer disease. *Medical Anthropology Quarterly* 1983;14:3.
7. Rana J, Mannam A, Donnel-Fink L, et al. Longevity of the placebo effect in the therapeutic angiogenesis and laser myocardial revascularization trials in patients with coronary heart disease. *Am J Cardiol* 2005;95:1456-9.
8. Kirsch I, Deacon BJ, Huedo-Medina TB, Scoboria A, Moore TJ, Johnson BT. Initial severity and antidepressant benefits: a meta-analysis of data submitted to the Food and Drug Administration. *PLoS Med* 2008;5:e45.
9. Eisenberg DM, Kessler RC, Foster C, Norlock FE, Calkins DR, Delbanco TL. Unconventional medicine in the United States. *N Engl J Med* 1993;328:246.
10. McWhinney I R. General practice as an academic discipline: reflections after a visit to the United States. *Lancet* 1966;19:419.
11. Culpepper L, Becker L. Family medicine research: two decades of developing its base. In: Doherty WJ, Christianson CE, Sussman MB, editors. Family medicine: the maturing of a discipline. New York, NY: The Howarth Press; 1987.
12. Davies R. Can a doctor be a humanist? In: The Merry Heart: Selections 1980-1995. Toronto, ON: McClelland and Stewart; 1996.
13. Toulmin S. Return to reason. Cambridge: Harvard University Press; 2003.
14. Stewart M, Brown JB, Weston W, McWhinney I, McWilliam C, Freeman T. Patient-centered medicine: transforming the clinical method. 2nd ed. Oxon: Radcliffe Medical Press; 2003.
15. <http://nationalphysiciansurvey.ca/wp-content/uploads/2012/07/2010-National-Q18.pdf>
16. Nicholson P. Information-rich and attention-poor. *Globe and Mail* 2009;September 9.

# Aile Hekimliğinin akademik katkısı\*

## Aile Hekimliği Araştırma Günleri, İzmir, Türkiye

Family Medicine's academic contributions

Family Medicine Research Day, İzmir, Turkey

Tom Freeman<sup>1</sup>

**K**onuşmama bu toplantıyı düzenleyenlere ve özellikle beni davet ederek sizlere seslenebilmemi sağlayan Dr. Güldal'a teşekkür ederek başlamak istiyorum. Türkiye'deki aile hekimliği hakkında daha çok şey öğrenilebilir ve ülkenizin güzelliklerinin tadına varmak için sabırsızlanıyorum. Antik çağın, Hipokrat'ın izinden giden belki de en büyük hekim Galen'in memleketi Bergama'ya bu kadar yakın olmak çok heyecan verici. Ayrıca size, çalıştığım Kanada'nın Ontario eyaleti Londra şehrindeki Western Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı'ndaki çalışmamın arkadaşlarımla en içten selamlarımı iletiyorum.

Öncelikle bir tıp disiplini olarak kabul edilen aile hekimliğinin, bazı ülkelerde 50 yılı aşkın bir süredir akademik olarak varlığını sürdürdüğünü belirtmeliyim. Bu noktada disiplinin akademik veya araştırma alanında kendine bir temel oluşturmada ne kadar başarılı olduğunu sorgulamak uygun olacaktır. Aile hekimliği genel akademik tıba nasıl katkı yapmaktadır?

Bu tartışmayı aşağıdaki başlıklar çerçevesinde gerçekleştireceğiz:

- İnsan sağlığı ve rahatsızlığına iki temel bakış açısı
- Paradigmalar nasıl değişir?
- Akademik aile hekimliği nasıl başlamıştır?
- Aile hekimliğinin akademik temellerinin evrimi
- Akademik aile hekimliğinin önündeki zorluklar

Aile hekimliğinin kendine özgü katkısını açıklayabilmek amacı ile genel akademik tıp içinde nerede yer aldığımızı anlamamız için bir çerçeve oluşturacak iki temel kavramdan söz edeceğim. Bunun ardından aile hekimliğinin özgün akademik katkılarının ayrıntılarına gireceğim ve bizi beklediğini düşündüğüm bazı zorluklardan söz ederek konuşmamı bitireceğim.

İlk olarak, kökleri antik çağlara kadar uzanan iki temel dünya görüşü veya evrenbilim arasındaki farkları ayırt etmeliyiz. Burada bir aşırı basitleştirme tehlikesi olduğunun farkındayım. Bunu akılda tutmakla birlikte biraz daha sabrederek beni dinlemeye devam etmenizi rica ediyorum.

Bir yanda Hipokratik veya fizyolojik veya "doğacı" olarak adlandırabileceğimiz dünya görüşü bulunmaktadır. Bu görüşe göre rahatsızlık, organizma ve bulunduğu ortam arasındaki dengenin bozulması sonucunda oluşur. Organizmanın değişen çevre koşullarının yarattığı baskıya uyum sağlama çabası semptomları meydana getirir. Fizyolojik ve psikolojik sistemler ise bu durumu telafi etmeye, dengelemeye çalışır. Elbette uyum sağlama kapasitemiz genetik ve psikolojik altyapımıza, beslenmemize, sahip olduğumuz sosyal desteğe ve daha pek çok faktöre bağlıdır. Fiziksel ve psikolojik çevremizdeki değişimlere uyum sağlama potansiyelimiz zamana ve koşullara göre değişkenlik gösterir. Ancak Rene Dubos'nun ileri sürdüğü gibi "sağlık bir illüzyondur". Bu görüş sosyal faktörleri de kapsayacak şekilde genişletilebilir. Sosyal etmenler sağlığımızı korumamıza yardım edebilecekleri gibi bizi hastalık uçurumunun kenarından aşağı da itebilirler. Kendi klinik deneyimimde yaşlı insanların birbirlerinin rahatsızlıklarını/sakatlıklarını telafi etmeyi ve dengelemeyi öğrendiklerini sıklıkla görüyorum. Bazen çiftin üyelerinden biri zihinsel olarak sağlam ama fiziksel açıdan sorunlu, diğer ise fiziksel olarak sağlam ancak bilişsel açıdan sorunlu olabiliyor. Bu çift sınırlı bir çerçevede denge durumlarını koruyabiliyor. Ancak eninde sonunda bu hassas dengeyi bozacak bir şey olacağını biliyoruz. Bazen çok küçük bir olayla bu denge altüst oluyor ve çiftin kendi başlarına yaşamaları olanaksız hale geliyor. Bunun sonucunda çift, yeni bir yaşam ortamı arayışına yöneliyor.

Doğacı veya Hipokratik yaklaşımda tedavinin temel amacı fiziksel, psikolojik ve sosyal alanlarda dengenin yeniden kurulmasıdır. Tedavi, rahatsızlığın seyrine göre değişiklik gösteren bir «rejim» şeklindedir. Hipokrat'tan bir alımda bu yaklaşım çok güzel bir şekilde özetlenmektedir. Hipokrat yeni bir şehre gelen hekimlere «şehrin güneşli ya da rüzgarlı olmasını, kurak ya da yeşillikler içinde olmasını, sakinlerinin yemeye içmeye aşırı düşkün veya çalışkan ve hareketli olmalarını göz önünde bulundurmalarını» salık vermektedir.<sup>[1]</sup>

<sup>1)</sup> Western Üniversitesi Tıp ve Dış Hekimliği Fakültesi, Aile Hekimliği Profesörü, Londra, Ontario, Kanada

\*Çeviren: Tolga Günvar, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Yard. Doç. Dr., İzmir, Türkiye

Diğer tarafta ise biyomedikal veya yapısalcı olarak adlandırabileceğimiz bakış açısı bulunmaktadır. Bu görüş rahatsızlıkları veya hastalıkları organizmadan soyutlayarak, onları organizmaya musallat olup yapısal ve işlevsel bozulmaya neden olan varlıklar olarak algılar. Hastalıklar doğadaki bağımsız varlıklardır. Standart klinik yöntemde hastaları sınıflandırarak hastalık kategorileri ile etiketlemeye çalışırız. Bu yaklaşım sıklıkla, hastalıklardan sanki kendi başarılarına bir varlıklarmış, sanki etkiledikleri bireylerden bağımsız bir şekilde var olabilirlermiş gibi söz ettiğimizde, tıp dilindeki konuşmamıza da yansımaktadır. «Hastalığın cisimleştirilmesi» adını verdiğimiz bu durum bizim tedavi yaklaşımımız üzerinde önemli bir etkiye sahiptir. Sanki idare edilebilecek bir şeyden bahseder gibi “hastalık yönetimi”nden söz ediyoruz. Hastalığı ortadan kaldıracak ve hastayı iyileştirecek özgün ilaç ya da cerrahi yöntemler peşinde koşuyoruz. Bu noktadan sonra bu bakış açısını, günümüzde kullanılan şekli ile “biyomedikal” olarak adlandıracağım (Tablo 1).

Gerçek yaşamda bu iki bakış açısının birbirlerinden kesin sınırlarla ayrılabilmesini öne sürmek, elbette durumu aşırı basitleştirmek olacaktır. Aslında, gerçek klinik dünyada, farklı zamanlarda her iki bakış açısını da kullanıyoruz. Tarih boyunca bu dünya görüşlerinden zaman zaman biri ön plana çıkmış, diğeri daha arka planda kalmış, sonra da bunun tam tersi olmuştur.

Aslında yazılı tarih boyunca daha uzun süre ön planda kalan Hipokratik yaklaşım olmuştur. Bunu «üşütünce karnımı pek tut ki ateşlenme» gibi ifadelerde ve vücut ısısını düşürmek için “kan çekme” gibi geleneksel uygulamalarda görebiliriz. Bireyin beslenme bileşenlerine ve düzenine müdahale ederek dört ruh halini dengeleme şeklindeki geleneksel uygulama da bunun bir diğer örneğidir. On yedinci yüzyılda başlayan bilimsel devrimin meydan okuması ile gerilemeye başlayan bu yaklaşım yirminci yüzyılın başlarında halk sağlığı ve sağlığı geliştirme alanında yeniden güç kazanmış, Abraham Flexner<sup>[2]</sup> ve William Osler'in<sup>[3]</sup> önderliğindeki reformlara kadar da biyomedikal yaklaşıma boyun eğmemiştir. Biyomedikal yaklaşım bilimsel başarılar ve ortaya çıkan yeni teknolojiler ile giderek güçlenmiş ve tartışmasız bir şekilde yirminci yüzyıl tıbbının başat bakış açısı olmuştur.

Evet, ilk kavramımız tıptaki iki temel dünya görüşü idi. Çerçevemizi oluşturacak ikinci kavram ise Thomas Kuhn'un paradigmalara ve paradigma değişimi ile ilgili görüşleri olacaktır. Burada onun çok önemli yazılarının ayrıntılarına girmeyeceğim, ancak 1962'de yayınlanan ve bilim tarihinin en ilham verici eserlerinden biri olarak kabul edilen *The Structure of Scientific Revolutions*<sup>[4]</sup> adlı kitabına dikkat çekmek istiyorum. “Paradigma” (değerler dizisi) ifadesi, her ne kadar bu eserde kullanılmamış olsa da, kitabın yayımlanmasının ardından dilimizde önemli bir yer

**Tablo 1.** Hipokratçı ve Biyomedikal düşünce ekolleri arasındaki farklar\*

Hipokratçı	Biyomedikal
Organizma ve rahatsızlık	Organlar ve hastalıklar
Bireysel tanımlama	Sınıflandırma
Somut	Soyut
Yüksek bağlam	Düşük bağlam
Bütüncül	İndirgeyici
Tedavi rejimi	Özgün reçete
Prognoz	Tanı

\*Textbook of Family Medicine. 3rd ed, McWhinney IR, Freeman T, 2009'dan uyarlanmıştır.

edinmiştir. Paradigma, Kuhn'un bakış açısına göre, bize neyi gözleyeceğimizi, hangi soruları sormamız gerektiğini, bu soruların nasıl sorulacağını ve son olarak yanıtlarının nasıl yorumlanması gerektiğini tanımlar. Eğer bir paradigma yoksa tüm gözlemler eşit derece önemlidir ve ilerlemenin, hatta hangi yöne doğru gidileceğini tanımlamanın olanağı yoktur. Bir paradigma oluştuğunda bilim insanı için “normal bilim” olarak adlandıracağı şeyi yapmak ve evrenin ilgilendiği parçası hakkında daha derin bir kavrayışa ulaşmak yolunda ilerlemek mümkün olur.

İyi tanımlanmış paradigmalardan biri de gözlenen sapmalar ve bunların zaman içinde birikmesidir. Sapmalar paradigmaya uymayan ya da paradigma ile açıklanamayan olgulardır. Siz de eminim baskın biyomedikal paradigma ile açıklayamadığımız pek çok klinik olgu ile karşılaşmışsınızdır. Bunların bazılarından ilerde söz edeceğim. Bu sapmalara iki şekilde tepki verilir:

- Tamamen görmezden gelinirler;
- Paradigmanın uygun bir şekilde revizyonu ile paradigma içine dahil edilirler.

Bu süreç biraz zaman alır ve yeni teknolojik ve yöntemsel açılımlar gerektirir. İleride başa çıkılabilecekleri yönündeki umut korunarak bu sapmaların görmezden gelinmesi haklı kılınır. Ancak zaman ilerledikçe bu sapmalar artık görmezden gelinemezler ve hakim paradigma hakkındaki hoşnutsuzluk artar. Bu gerçekleşirken, sıklıkla söz konusu alanda çalışanların paradigmanın temel varsayımlarını sorgulamaya başladıkları görülür ve felsefi yanı daha ağır basan bir literatür oluşmaya başlar.

Paradigma değişiminin habercilerinden biri de sapmaları mümkün olduğu kadar açıklamaya çalışan alternatif paradigmalara yönelmesidir. Uzun bir değişim dönemi yaşanabilir. Bu dönem boyunca, paradigma öncesi evreyi andıran bir şekilde, hangi yöne doğru ilerleneceği hakkında bir fikir birliği sağlanamaz. Bunu paradigma değişimi izler ve bu neredeyse bir gecede olur. Yeni paradigma söz konusu alanın hakim bakış açısı haline gelerek, yepyeni soruları ve yöntemleri ile yeni bir “normal bilim” dönemini tanımlar.

Şimdi aile hekimliğinin nerede yer aldığını görebilmek için bu iki kavramı birleştirelim: Kuhn'un devrimler hakkındaki görüşleri ve tıbbın iki karşıt bakış açısı.

Daha önce belirttiğim gibi, Kuzey Amerika'da Flexner tarafından gerçekleştirilen reformlar ve William Osler'in ilham verici müthiş çalışmaları biyomedikal yaklaşımın tıp alanında hâkimiyet kurduğu bir çağın başlamasına yol açmıştır. Biyomedikal yaklaşımın büyük başarısının nedenlerinden birisinin, tıbbın o dönemde mücadele ettiği en önemli sorunlardan biri olan bulaşıcı hastalıklar konusundaki dramatik etkinliğinin kanıtlanması olduğunu fark etmek önemlidir. Teknoloji ve farmakoloji alanındaki dikkate değer gelişmeler tıbbi bakımda çığır açmıştır. Bu durum, tüm devrimler gibi, büyük bir coşkuya yol açmıştır. Biyopsikososyal modelin yaratıcısı George Engel 1960'larda "günümüz bilimsel tıbbının en temel öncülünün 'insanın kitabı'nın moleküler, genetik ve biyokimya gibi biyolojik bilimlerin dili ile yazılması"<sup>[5]</sup> olduğunu söylemiştir. Stanford Moleküler ve Genetik Tıp Merkezi de "yeni tıbbın bütün hastalıkların bir şekilde genetik olarak belirlendiği ve genlerin yapı, organizasyon ve düzenleyici mekanizmalarının daha iyi anlaşılması ile çoğu hastalığın önlenileceği veya tedavi edilebileceği yönündeki güncel inanıştan temel aldığı"<sup>[5]</sup> ifade etmektedir.

Biyomedikal tıbbın göz kamaştırıcı başarılarına rağmen, tam da Kuhn'un ifade ettiği gibi, biyomedikal paradigmanın açıklayamadığı sapmalar birikmeye devam etmiştir. Biyomedikal tıbbın açıklayamadığı veya çözemediği sorunlar görülmüştür. Örneğin biyomedikal tıbbın kavramsal ve örgütsel yapısına nüfuz etmiş, Dekart'tan sonraki Batı felsefesi ile son derece tutarlı olan "zihin beden ayrıklığı" gibi. Bu noktaya kadar anlattıklarımız ışığında biyomedikal tıbbın sadece beden ile ilgilendiği açık bir şekilde görülmektedir. Zihin, tıbbın psikiyatri adı verilen ve o zamanlarda kenarda yer alan bir dalına kalmıştır. Buna rağmen 1983'te bile zihinsel/duygusal süreçlerin patolojik değişiklikler üzerindeki etkisini gösteren 1300'ün üzerinde makaleye atıf yapmak mümkündür. Bunlar zihin beden ayrıklığı tezini çürüten ve hâkim biyomedikal paradigmanın sapmalarını apaçık göz önüne seren örneklerdir.

Bir diğer büyük sapma olan "plasebo etkisi", aynı zamanda bir paradigmanın kendisine 'uymayan' bir görüngü ile başa çıkma yollarından biri için güzel bir örnek oluşturmaktadır. Biyomedikal paradigma plasebo etkisini kendi içinde açıklayamamış ve bu olgu bir köşeye itilerek sadece deneyler dünyasına hapsedilmiştir. Plasebo etkisi ile ilgili daha derin bir kavrayışa ulaşmamızı sağlayacak çalışmalar hem başlatılmakta çok geç kalınmışlar hem de yeterli maddi destek bulamamışlardır. Plasebo etkisi %10 ile 90 arasında değişmektedir.<sup>[6]</sup> Günümüzde plasebo etkisinin sadece anksiyete veya ağrı gibi öznel tepkilerde değil ölçülebilir fizyolojik süreçlerde de görüldüğünü biliyoruz. Bunun

yüksek kanıt değerine sahip son örneklerinden biri, son dönem koroner arter hastalarının rastgele iki gruba ayrıldığı ve bir grubun anjiyogenez ve lazer miyokardiyal revaskülarizasyon tedavisi aldığı diğer gruba ise lazer içermeyen plasebo tedavisinin uygulandığı çalışmadır. Çalışmanın plasebo kolunda yer alan hastalar ortalama anjina sınıfı, efor testi süresi ve yaşam kalitesi alanlarında iyileşme göstermişlerdir ve bu iyileşme iki yıllık izlem süresince korunmuştur.<sup>[7]</sup> Dahası, son zamanlarda en yeni anti-depresanların plasebo karşısında son derece az bir üstünlük gösterdiğine işaret eden kanıtlar ortaya çıkmıştır.<sup>[8]</sup> Plasebo etkisini anlamak ve geliştirmek yönünde çaba sarf etmek yerine ona kontrol edilmesi gereken bir şey gibi davranmak tam bir biyomedikal sapmadır.

Aile hekimliği, hastalarımızı rahatsızlıklarının erken evrelerinde görmemiz ve onlara karşı olan yükümlülüğümüzün süregelen olması nedeniyle, biyomedikal paradigmanın kusurlarının belki de daha rahat fark edilebildiği bir alandır. Diğer dal uzmanları, bir hastanın sorununun kendi uzmanlık alanlarını ilgilendiren kısmına müdahale ettikten sonra onunla işleri biter ve bir daha o hastayı görmezler. Aile hekimleri ise fibromiyalji, kronik yorgunluk sendromu ve biyomedikal modelin herhangi bir çözüm öneremediği pek çok başka rahatsızlık nedeni ile hastalarını görmeye devam ederler.

Kuhn'un tanımladığı gibi, ortaya çıkan sorular ve sapmalarla biyomedikal modelin sınırlılıkları daha görünür hale geldikçe felsefe ve etik literatüründe bir artış meydana gelmiştir. Kuhn'un sapmaların artması ile birlikte insanların egemen paradigmayı sorgulamaya başlayacaklarını ve paradigmanın temel varsayım ve inanışlarının gözden geçirilmesi yönünde bir eğilim olacağını ifade eden sözlerini anımsayın.

**Tablo 2'**de tıp, felsefe ve etik dergileri ile yayımlanmaya başladıkları yıllar görülmektedir. Tıp ve sağlık hizmetinde felsefi ve etik konuların tartışıldığı dergilerin sayıları 1970'li yıllarda 3 ile başlamış, bu dergilere 80'lerde 3, 90'larda 5 ve 2000'li yıllarda da 3 dergi daha eklenmiştir. Bu tıpta yaşanan içe dönüşün ve temel varsayımların sorgulanmasının bir kanıtıdır.

Süreç sadece meslek üyelerinin temel varsayımları sorgulamaya başlaması ile sınırlı değildir. Egemen tıp anlayışının eksikliklerinden mağdur olmuş ve yılmış halk, giderek artan bir şekilde, alternatif tıp olarak bilinen uygulamalara yönelmiştir. Bu, hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerde gözlenen bir olgudur. Birleşik Devletler'de yapılan bir ankette katılımcıların üçte birinin son 12 ay içinde en az bir kez alternatif veya tamamlayıcı tıp yöntemlerini kullandıklarını göstermiştir.<sup>[9]</sup>

Bununla birlikte, egemen biyomedikal tıbbın bu ihtilaf karşısında, bırakın teslim bayrağını çekmeyi bu sapmaların varlığını bile kabul etmeye hazır olduğu sanılmamalıdır.

1985 yılında NEJM'daki bir başyazıda "Artık, hastalıkların zihinsel durumun doğrudan bir yansıması olduğu şeklindeki inanışımızın folklorik bir olgu olduğunu kabul etmenin zamanıdır" denilmektedir.<sup>[5]</sup>

Biyomedikal tıbbın kusurlarının giderek artan oranda sorgulandığı ve tanımlandığı bu ortamda yeni bir tıp disiplini doğmuştur. Bu doğum, bir dereceye kadar, daha ulaşılabilir ve kişisel nitelikte bir sağlık hizmeti yönündeki toplumsal baskılar sonucunda gerçekleşmiştir. Burada aile hekimliğinin en eski tıp disiplini olan genel pratisyenliğin bir anlamda yeniden doğuşunu mu temsil ettiği, yoksa başlı başına yeni bir disiplin mi olduğu tartışmasına girmeyeceğim. Disiplinin adı, kendi başına, sosyal bilimlerin tıbbi düşünce üzerindeki etkisine ve sağlık ve hastalık üzerinde, aile başta olmak üzere, bağlamın önemine vurgu yapan bir çıkış noktasını işaret etmektedir.

Kanada'da tıp fakültelerindeki ilk aile hekimliği anabilim dalları 1968 yılında Western Üniversitesinde, McMaster ve Calgary'de kurulmuş ve 1976 yılına kadar sayıları 16'ya ulaşmıştır. Aile hekimliğinin en üretken ve en tanınmış düşünürlerinden biri, Dr. Ian McWhinney Kanada'ya gelerek ülkedeki ilk aile hekimliği anabilim dalı başkanlığı görevini üstlenmiştir. Dünya çapında pek çok aile hekimliği anabilim dalı için dayanak noktası oluşturmuş ve aile hekimliğinin akademik bir disiplin olarak kuruluşuna temel teşkil etmiş çok sayıda yayını mevcuttur.

Şu ana kadar tanımladığım çerçevede şimdi, akademik aile hekimliğinin genel akademik tıbbı ne katkısı olduğuna bakalım. Öncelikle, McWhinney bir disiplinin sahip olması gereken dört özelliği tanımlamıştır<sup>[10]</sup> (Tablo 3).

Bizler toplumun içinde çalışmaktayız. Bu, kısmen de olsa, çalıştığımız yerin hastalarımızın yaşadıkları ve çalıştıkları yerlere yakın olmasını sağlamak içindir. Bu yakınlık aile hekimliğine, bağlamın tanı ve tedavi üzerindeki etkisinin önemini yaşayarak görme fırsatı vermektedir. Sosyal bilimlerin tıp ile olan bağıntısı ve bu alandaki bazı düşüncelerin özümsemesi aile hekimliğinin başlangıç dönemlerindeki en özgün niteliklerinden biri olmuştur. Hastalarımızla kurduğumuz ilişki de son derece kendine özgüdür. Bu, onlara karşı yükümlülüğümüzün herhangi bir tıbbi sorundan önce geldiği, kapsamlı bir çerçeveye sahip ve süreklilik gösteren bir ilişkidir. Bu ilişki, aile hekimliğini kendine özgü kılan niteliklerin kökeninde yer almaktadır. Diğer tıp disiplinleri sistemler (örn. kardiyoloji, endokrinoloji) veya belli tedavi yaklaşımları temelinde (örn. cerrahi) tanımlanırlar. Sadece aile hekimliği kendisini hasta – hekim ilişkisi temelinde tanımlar.

Üniversitemizin Aile Hekimliğinde Araştırma Merkezi 2004 yılında bir araştırma gerçekleştirdi. Bölgemizde çalışan aile hekimlerine ve diğer dal uzmanlarına hizmet verdikleri toplum içinde yaşamayı seçmelerinin nedenleri ve aynı zamanda onları orada neyin tuttuğu ile ilgili sorular

**Tablo 2.** Tıp, felsefe ve etik alanındaki dergiler ve yayınlanmaya başladıkları yıllar

Journal of Medical Ethics	1975
Journal of Medicine and Philosophy	1976
Studies in Philosophy of Medicine	1977
Theoretical Medicine	1983
Journal of Medical Humanities	1989
HEC Forum (Healthcare Ethics)	1989
Kennedy Institute of Medical Ethics	1991
Cambridge Quarterly of Healthcare ethics	1992
Journal of Law and Medical Ethics	1993
Medicine, Healthcare and Philosophy	1998
Theoretical Medicine and Bioethics	1998
BMC Medical Ethics	2000
American Journal of Bioethics	2001
Philosophy, Ethics Humanities	2006

soruldu. Aile hekimleri için o toplumda yerleşme nedenleri kırsal bölgede, daha büyük bir ilçede veya Akademik Sağlık Bilimleri Merkezinin yer aldığı bir şehirde yaşıyor olmalarına bağlı olarak değişkenlik göstermekteydi. Öne çıkan nedenler arasında aileye yakınlık, o bölgede büyümüş olmak ve son olarak kapsamlı bir mesleki uygulama için var olan fırsatlar yer almaktaydı. Diğer dal uzmanları için ise, tersine, çalıştıkları yerde yaşamalarının nedenleri arasında önceliği kapsamlı bir mesleki uygulama için var olan fırsatlar almakta, bunu destek sağlayabilecek kalifiye meslektaşlarının varlığı ve iş yükü izlemekteydi. Onları çalıştıkları topluluk içinde tutan şey sorulduğunda ise... ve işte, püf noktası burada... aile hekimleri hastaları ile ilişkilerini, diğer dal uzmanları ise meslektaşları ile ilişkilerini ön plana çıkarmaktaydılar. Burada ortaya çıkan tablo aile hekimlerinin hastalarına karşı duyumsadıkları yükümlülüğü teyit etmektedir. Ayrıca bu tablo, kaçınılmaz bir şekilde, aldıkları eğitim ve aileye verdikleri büyük değer ile aile hekimlerinin diğer dal uzmanlarından farklı türde hekimler oldukları izlenimini yaratmaktadır. Kişisel geçmişleri ve doğal eğilimleri sonucunda toplumla daha bütünleşmiş durumdadırlar.

Şimdi McWhinney'in, bir disiplinin sahip olması gerektiğini ifade ettiği özelliklerin ikincisi ve üçüncüsüne ge-

**Tablo 3.** McWhinney'e göre bir disiplinin sahip olması gereken dört özellik

1. Kendine özgü çalışma alanı
2. Tanımlanmış bir bilgi birikimi
3. Kendine özgü, aktif bir araştırma alanı
4. Düşünsel olarak özenli bir eğitim süreci

lelim: Aile hekimliği kendine özgü bilgi birikimini ve aktif araştırma alanını oluşturmakta ne kadar başarılıdır? Aile hekimliği de, bir akademik disiplinin gereksinimleri ile uyumlu bir şekilde, kendi bilgi temelini tanımlayacak literatürü oluşturmuştur. Bu literatürü oluşturan hakemli dergiler ve ders kitaplarında hem disiplinin kendine yönelik iç tartışmaları hem de daha geniş bir çerçevede diğer disiplinler ile yaptığı tartışmalar yer almaktadır. Sunumunun bu bölümü için Aile Hekimliği Koleji Kütüphanesi'nden Lynn Dunikowski'ye, bu bilgileri bir araya getirmemdeki paha biçilemez yardımları ve desteği nedeniyle teşekkür etmeliyim. Şimdi size sunacağım yürütmekte olduğumuz bir araştırmanın pilot çalışmasının verileridir.

1955 yılına göz attığımızda aile hekimliği kolejlerinin kuruluşları ile eş zamanlı yayınlanmaya başlayan az sayıda aile hekimliği dergisi ile karşılaşırız. Ardından, 1970'lerde aile hekimliği anabilim dallarının kuruluş ve gelişmelerindeki hızlanma ile dergi sayısında istikrarlı bir artış görülür. Bu dönemde İngilizce yayınlanan 22 aile hekimliği dergisinin 19'u bugün hala yayın hayatını sürdürmektedir (Şekil 1 ve Şekil 2). Türkiye'de olduğu gibi, İngilizce dışındaki dillerde yayınlanan çok sayıda aile hekimliği dergisi bulunmaktadır. Bu dergilerin "etki çarpan"ları\* 0.5 ile 4.5 arasında değişmektedir. Şekil 3'te koyu kırmızı çizgi ile gösterilen bu değerler tüm genel tıp dergilerinin etki çarpanı değerlerinin yelpazesi içindedir.

Ders kitapları, tipik olarak, bir disiplinin çalışma alanını tanımlamaya yardımcıdırlar. Bilgi birikimini damıtma

veya özetleme eğilimi gösterdikleri için de ders kitaplarının sayılarındaki artışın süreli yayınlardakine göre biraz daha gecikmeli olması beklenir. Bu durum aile hekimliği/birinci basamak ders kitapları için de böyledir (Şekil 4).

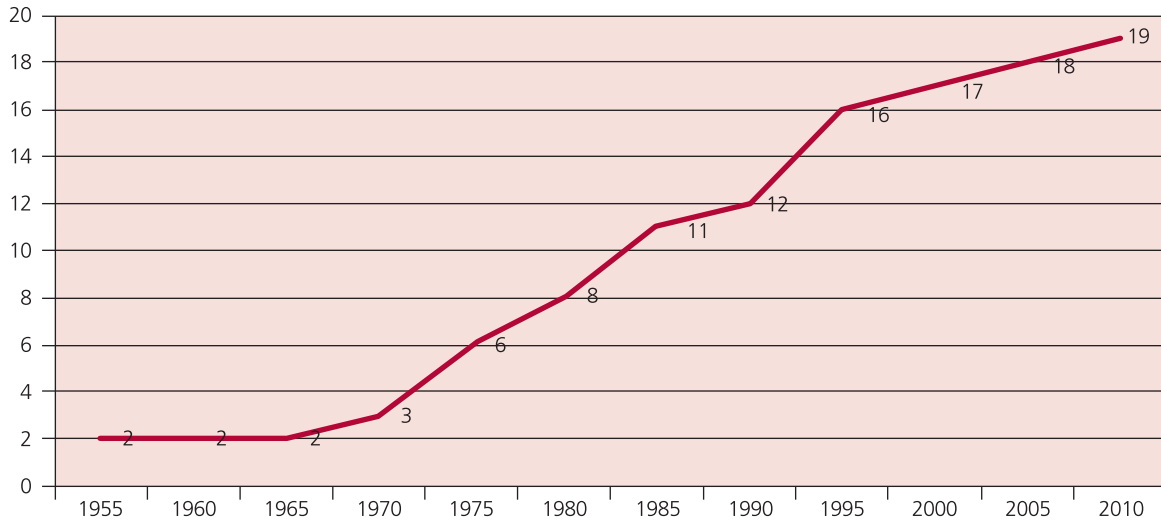
Şimdi, aile hekimliği literatürünün bize disiplinin ilgilendiği başlıca konular hakkında ne söylediğine bakalım. 1980-1985 yılları arasındaki aile hekimliği literatürünü gözden geçiren Culpepper ve Becker<sup>[1]</sup> aile hekimliğinde araştırmaların yoğunlaştığı kabaca 4 alan belirlemişlerdir.

1980-85 yılları arasındaki başlıca aile hekimliği araştırma alanları:

1. Ailelerin bakımı ve sorunları
2. Aile sağlığının teorik çerçevesi
3. Aileler ve sağlık üzerindeki etkilerini araştırma yöntemleri
4. Aile ve sağlık ile ilgili özgün çalışmalar.

Bunlar kendini tanımlama sürecindeki bir disiplin için oldukça uygun ve anlaşılabilir başlıklardır.

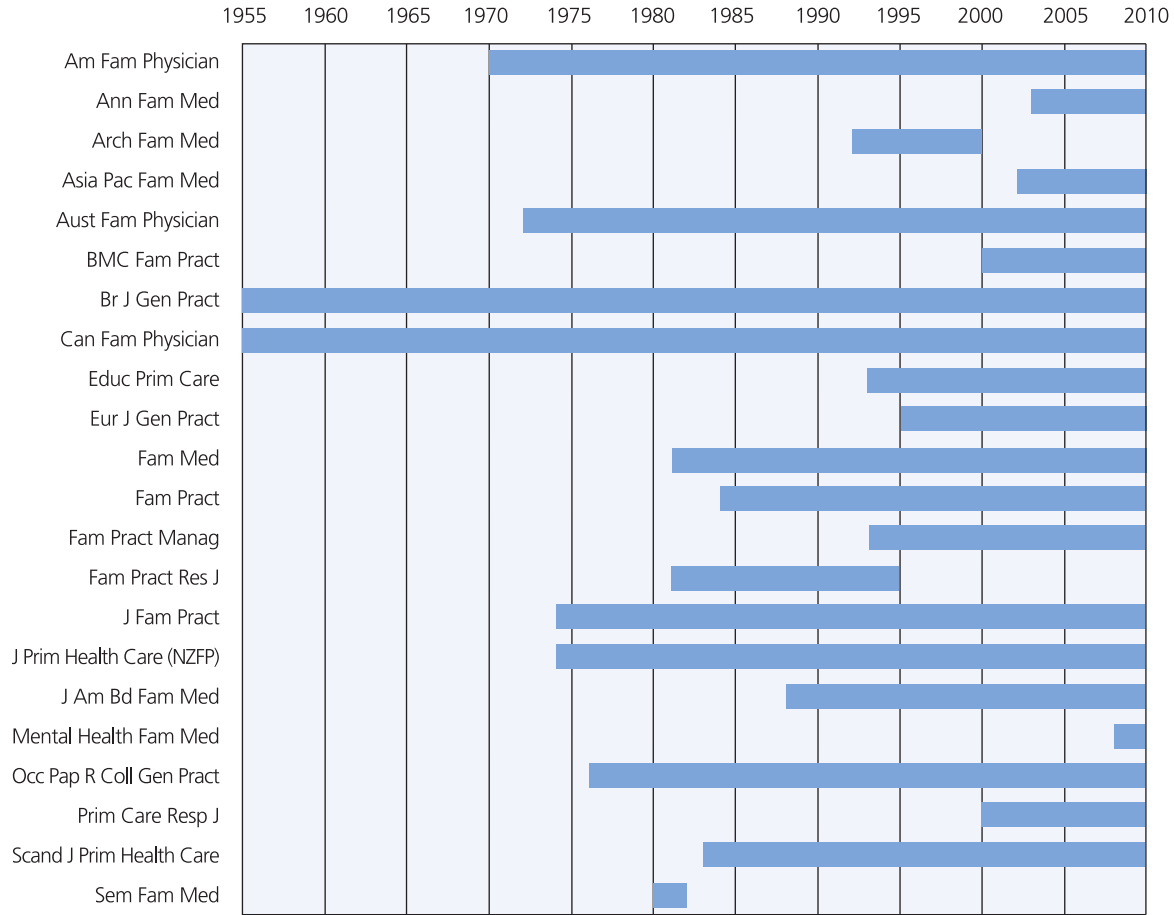
Günümüzdeki araştırma ve bilimsel ilgi alanlarımızı belirleyebilmek amacı ile önde gelen 12 İngilizce aile hekimliği dergisinde yayınlanan makaleler içinden her bir dergi için 2000-2010 yılları arasında en fazla atıf alan 5 makaleyi inceledik. Daha sonra ben, bu makaleleri "kart dizme yöntemi"<sup>\*\*</sup> ile sınıflandırdım ve aşağıdaki temaları elde ettim. Daha açık bir şekilde ifade etmek gerekirse, bu temalar, makalelerin atıf sayıları temelinde, aile hekimliği dergilerindeki başlıca araştırma ve ilgi alanlarını temsil etmektedir.



Şekil 1. Yıllara göre yayınlanan aile hekimliği dergisi sayıları.

\*Impact Factor (Ç.N)

\*\*Kart dizme yöntemi (Card Sorting): Verileri sınıflandırmak amacı ile kullanılan, her bir verinin kartlar üzerine yazılarak bir ya da birden fazla kişi tarafından gruplandırılması temelinde uygulanan, düşük maliyeti ve etkinliği nedeni ile tercih edilen bir yöntem (Ç.N)



Şekil 2. Aile hekimliği dergilerinin yayın dönemi çizelgesi.

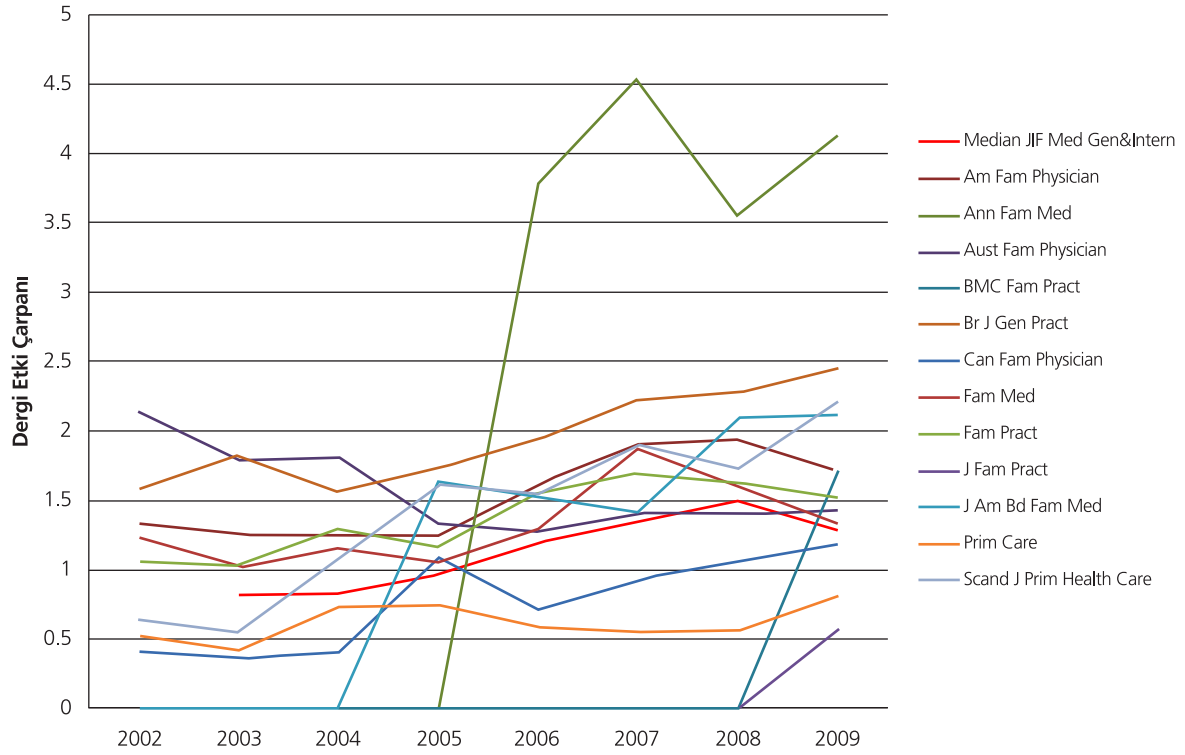
2000-2010 yılları arasında aile hekimliğinde başlıca araştırma alanları:

1. Klinik konular: Aile hekimliğinde sıkça atf alan makalelerin büyük bir çoğunluğu bu sınıfa girmektedir. Bu sınıftaki makaleler aşağıdaki gibi gruplanabilir:
  - a. Özgün hastalıklar ve komplikasyonları (örn. Obezite: birinci basamakta değerlendirme ve yönetim. Lyznicki JM ve ark. 2001 Am Fam Phys 63(11): 2185-96, 98 atıf)
  - b. Tedaviler (örn. Polisakkarit pnömokok aşılı etkin mi? Prospektif çalışmaların meta-analizi. Moore, RA ve ark. 2000 BMC Family Practice 1, art.no.1: 1-10, 85 atıf)
  - c. Danışmanlık ve hasta yaklaşımındaki rolü (örn. Danışmanlık hastaların harekete geçmelerine yardım ediyor mu? Sistemantik literatür derlemesi. Petrella RJ, Lattanzio CN 2002 Can Fam Phys 48 (Jan):72-80, 43 atıf)
  - d. Anket kullanımının doğrudan uygulamaya katkısı (örn. Aile hekimliği popülasyonunda alkol kötüye kullanımı veya bağımlılığının saptanmasında anket-

ler ve laboratuvar testlerinin tarama amaçlı kullanımı. Aertgeerts B ve ark. 2001 Br J Gen Pract 51 (464):206-210, 86 atıf)

2. Aile hekimliğinde epidemiyoloji: (örn. Kadınlarda kronik bel ağrısının toplumdaki prevalansı ve hastalık davranışı ile ilişkisi. Zondervan KT ve ark. 2001 Br J Gen Pract 51(468):541-47, 76 atıf)
3. Hasta deneyimleri: (örn. Üriner semptomu olan bireylerin yardım arama davranışı önündeki engeller. Shaw C ve ark. 2001 Family Practice 18(1):48-52, 87 atıf)
4. Araştırma yöntemleri: (örn. Gözlemciler arasında fikir birliğini kavramak: Kappa istatistiği. Viera AJ, Garrett JM 2005 Family Medicine 37(5):360-63, 162 atıf)
5. Hekimler ile ilgili konular: (örn. Aile hekimlerinin yeni ilaçları reçete etmeleri üzerindeki etkiler – Kimin, ne dediği ne kadar önemli? Prosser H ve ark. 2003 Family Practice 20(1):61-8, 103 atıf)
6. Kavramsal: (örn. Zihin – beden tıbbı: Bilimin durumu, uygulama ile ilgili çıkarımlar. Astin JA ve ark. 2003 J Am B Fam Pract 16 (2):131-47, 130 atıf)

Dergilerin Etki Çarpanları  
Genel ve Dahili Tıp Kategorisi - Thomson Reuters Dergi Atf Raporları



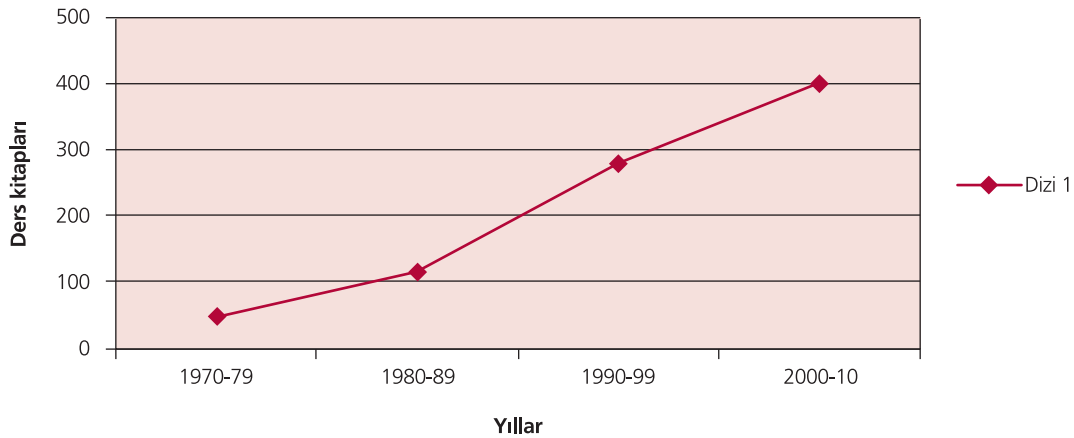
Şekil 3. Dergilerin etki çarpanları.

Son on yıllık dilimde aile hekimliği literatüründe en fazla atfı alan 3 makale şu şekilde sıralanmaktadır:

1. Hasta merkezli bakımın çıktılar üzerindeki etkisi. Stewart MA ve ark. 2000 J Fam Pract 49(9):796-804, 385 atf.
2. Aile Hekimliğinin Geleceği: Aile Hekimliği Topluluğu için işbirliğine dayalı bir proje. Martin JC ve ark. 2004 Ann Fam Med 2 (Ek. 1):S3-S32, 313 atf.

3. Motivasyonel görüşme: Bir sistematik derleme ve meta-analiz. Rubak S ve ark. Br J Gen Pract 2005; 55 (513):305-312, 188 atf.

Yukarıdaki tablo, bir disiplin olarak kendi dergilerimizde hangi konuları tartıştığımızı ve neleri atfı yapacak kadar önemli gördüğümüzü ifade etmektedir. Bu, benim “içsel tartışmamız” olarak adlandırdığım olgunun bir parçasıdır. Peki, “dışsal tartışma” olarak ifade edilebilecek, ya-



Şekil 4. Aile hekimliği/birinci basamak ders kitapları.



ni, akademik aile hekimliğinin genel akademik tıbbi etkisi ne durumdadır? Bu konuda herhangi bir veri ya da bilgi toplamak pek kolay olmasa da savlarımızı aşağıdaki alanlar şeklinde ifade edebiliriz:

1. Hasta yaklaşımında, aile ve iş ortamı gibi yakın bağlamdan başlayarak komşular ve çevre gibi uzak bağlama uzanan bir şekilde, bağlamın göz önüne alınmasının önemi. Tıp dışındaki başka disiplinler de bağlamın öneminin farkına varmışlardır. Aile hekimliği disiplini, tüm disiplinler arasında, çevresel-uyumsal yaklaşım ile yapısalcı yaklaşımı birleştirmeye veya aralarında köprü kurabilmeye en yakın duran disiplindir.
2. Öznelğin önemi. Burada hastanın kendi rahatsızlığı ile ilgili yaşadığı deneyimin göz önüne alınmasını kastediyorum. Hekimlere hastalarının deneyimleri hakkında bilgi edinmelerinde yardımcı olabilecek hem yazılı, hem de bloglarda ifade edilmiş zengin bir “hastalık öyküleri” literatürü bulunmaktadır.
3. Tıbbın insancıl yönü üzerine vurgu. Elbette aile hekimliği bu konuda yalnız değildir. Ancak, özellikle bizim anabilim dalımızın sağlık bakımında daha insancıl bir yaklaşım konusunda önemli katkılar sağlayarak giderek ön plana çıkan teknolojik ve aygıtsal yaklaşımı dengelemeye çalıştığını ifade etmeliyim.
4. Göz ardı edilen marjinal toplulukların dikkate alınması. Bizler toplum içinde çalıştığımız için bu grupların karşılanmamış gereksinimlerinin daha çok farkında oluyoruz. Aile hekimliği öğretim üyeleri genellikle, üniversitelerinde ve toplumda, eşitliğin sağlanması ve sürdürülmesi çalışmalarına önderlik etmektedirler.
5. Yeterince yüksek sesle olmasa da, “iyileşme” kavramını vurguluyoruz. Bu kavram, sıklıkla ütopyik bir amaç olan “tedavi etme” kavramının hegemonyası altındaki Akademik Sağlık Bilimleri Merkezleri için bir uzaylı gibidir.
6. Yine buna ilişkin olarak, gerçek anlamda olgunlaşmış tüm hekimlerin bir özelliği olan “klinik bilgelik”. Aile hekimleri bu özelliğin mükemmelleşmesine son derece elverişli bir konumda bulunmaktadırlar. Kanadalı roman ve oyun yazarı Robertson Davies bunu şu şekilde ifade etmektedir: “Birinci sınıf bir şifacı ile ehil bir teknisyen arasındaki farkı belirleyen manevi mesafe.”<sup>[12]</sup> Felsefeci Stephen Toulmin de şöyle bir uyarıda bulunmuştur: “Hekimlik sanatını icra edenlerin çoğu Davies’in ‘bilgelik’ olarak tanımladığı maneviyatı hedefleyerek yola çıkmış olabilirler. Ancak bakış açıları daraldıkça ve akademik meşguliyetleri arttıkça başarı şansları da azalacaktır.”<sup>[13]</sup>
7. Aile hekimliğinin akademik katkıları listesinin son maddesinde, standart klinik yöntemden anlamlı bir şekilde ayrılan, hasta merkezli klinik yöntem yer almaktadır. Hasta Merkezli Klinik Yöntem<sup>[14]</sup> net bir şekilde tanımlanmış ve daha iyi anlaşılması amacı ile pek çok araştırma yapılmıştır. Bu yöntemin öğretile-

bildiği ve sağlık çıktılarını iyileştirdiği kanıtlanmıştır. Her ne kadar sıklıkla iyi anlaşılmamış olduğu görülse de, aile hekimliği dışında da kabul edilmekte ve benimsenmektedir.

Bu noktaya kadar aile hekimliğinin ortaya çıkışının genel tıp içindeki yerini saptamaya ve içsel ve dışsal tartışmalarımızın doğasını incelemeye çalıştım. Şimdi, aile hekimliğinin akademik gelişimi önünde durduğunu düşündüğüm engellerden söz etmek istiyorum.

1. İlk olarak ve her şeyden önce aile hekimliği akademik birimlerinin eğitim ve araştırma etkinliklerine daha fazla önem vermeleri gerektiğine inanıyorum. 2010 yılında yapılan Kanada Ulusal Hekim İşgücü Anketi<sup>[15]</sup> sonuçları, aile hekimlerinin haftada 1.11 saatlerini eğitime ve 0.68 saatlerini ise araştırmaya ayırdıklarını, diğer dal uzmanları için ise bu sürelerin sırası ile 2.20 ve 2.53 saat olduğunu ortaya koymuştur. Arada 2-3 kat gibi bir fark bulunmaktadır. Elbette bunun nedenleri karmaşıktır. Ancak bu bulgu neden tıp öğrencilerinin aile hekimliğini akademik anlamda ilgi çekici bir disiplin olarak görmediklerini açıklamaktadır. Bu durum değişmek zorundadır.
2. Akademik uzmanlık sonrası programları ve araştırma burs programları ile entelektüel birikimimizi derinleştirmeye devam etmeliyiz. Western Üniversitesi’nin Aile Hekimliğinde Klinik Bilimler Yüksek Lisans Programı’nı şu ana kadar tamamlayan 86 aile hekimi fakülte dekanı, anabilim dalı başkanlığı ve müfredat geliştirme gibi görevler ile lider pozisyonlarda görev almışlardır. Yeni başlatılan ve büyük ilgi gören bir doktora programı ise ilk mezunlarını bu sonbaharda verecektir. Kuzey Amerika dışında da pek çok ülkede aile hekimliği doktora programları vardır. Bu programlar ve bu programların mezunları bizim genel tıp alanına etki edebilmemizin başlıca yoludur.
3. Aile hekimliğinin akademik gelişimi klinik birikim olmadan sağlanamaz. Klinisyenler ve araştırmacılar arasındaki bağı güçlendirmeli ve korumalıyız. Bu bağ, aynı zamanda, akademik gelişim ile aile hekimliği klinik uygulamasında gerçekleşen değişimlerin örtüşmesini sağlayacaktır. Ekip temelli hizmet artarak yaygınlaşmakta ve aile hekimliğinin nasıl yapılacağı ile ilgili önemli çıkarımlar sağlamaktadır.
4. “Bilgi patlaması” ve bilginin dijitalizasyonu ile gelen dallanıp budaklanmayı da göz önüne almalıyız. Bilgisayar bilimcisi Herbert Spencer bizi, bilgi arttıkça dikkatin azaldığı konusunda uyarmaktadır. 1960’lardan bu yana veri ve bilgi işleme kapasitemiz 10 milyon kat artmıştır. Bu, bilgi miktarına göre dikkatimizin hızla seyredildiği anlamına gelmektedir.<sup>[16]</sup> Eğer bilgi sahip olduğumuz veri ve ona yönelttiğimiz dikkatin bir ürünü ise, bilgi patlaması bu ürünü fabrikada stoklanan (örn. kitaplar) bir şeyden akan bir şeye (örn. Wikipedia) dö-

nüştürmüştür. Bu ortam, derin ve incelikli olanı dikkate alma çabasına direnmekte ve hızlı ve odaklanmış olan lehine davranmaktadır. Bir disiplin olarak bunun klinik görüşmelerimizde kullandığımız çerçeve için ne anlama geldiğini sorgulamalıyız. Araştırma alanında bilgiye “sadece şu anda” gözlüğü ile yaklaşmak görüş alanımızı daraltmakta ve rastlantısal keşifler yapma şansımızı azaltmaktadır. Dört başı mamur bir aile hekiminin en etkin olduğu alanda, derin ve bütünlük bilgisi alanında şiddetli bir aşınma yaşanmaktadır.

Sonuç olarak, bu konuşmamda, aile hekimliğinin genel akademik tıp içindeki yerini saptamaya ve sağladığı akademik katkılar ile özünde bir akademik disiplin olarak nasıl geliştiği hakkında bir parça bilinç oluşturmaya çalıştım. Aile hekimliği, bir akademik disiplin olarak, geride bıraktığımız 40 yılda sağlam temeller inşa etmiştir.

### Kaynaklar

*Kaynak listesi 189. sayfada yer almaktadır.*